

CONDADO DE \_\_\_\_\_

# NOTIFICACION DE DESCONTINUACION DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

**(Tres meses consecutivos para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado [ABAWD]/beneficiarios del Programa de California para la Asistencia Alimentaria [CFAP] que no reciben asistencia)**

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_  
Nombre del Caso : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

[ ]

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el Estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Comenzando \_\_\_\_\_, usted recibirá estampillas para comida de \_\_\_\_\_  
(FECHA) a \_\_\_\_\_  
(FECHA) (FECHA)

Usted puede recibir estampillas para comida si cumple con la regla de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), si está exento de la regla (vea la lista de motivos en la siguiente columna), o tiene un motivo temporal para no cumplir con la regla.

**MOTIVO POR EL CUAL PUEDE RECIBIR ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR TRES MESES CONSECUTIVOS**

- Anteriormente, sus estampillas para comida se descontinuaron una vez debido a que durante tres meses usted no cumplió la regla de trabajo para los ABAWD.
- El Programa de Estampillas para Comida permite que bajo ciertas condiciones usted reciba estampillas para comida por otros tres meses sin que cumpla con la regla de trabajo para los ABAWD/Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP).
- Si recibe una sanción relacionada a las estampillas para comida, no será elegible para estampillas para comida hasta que termine el período de la sanción.

**COMO CONTINUAR RECIBIENDO ESTAMPILLAS PARA COMIDA CUANDO SE TERMINEN LOS TRES MESES CONSECUTIVOS**

- Cuando se terminen los tres meses consecutivos, usted puede continuar recibiendo estampillas para comida si cumple las reglas de trabajo para los ABAWD o los beneficiarios del CFAP que no reciben asistencia.
- Después de los tres meses, usted puede poner una solicitud en cualquier momento que esté exento de la regla de trabajo o después de \_\_\_\_\_, cuando termina su período de 36 meses.  
(FECHA)

**REGLA DE TRABAJO PARA LOS ABAWD/BENEFICIARIOS DE CFAP**

Al menos 20 horas por semana, usted tiene que hacer uno de los siguientes:

- Trabajar
- Ir a la escuela o entrenamiento,
- Asistir a una combinación de escuela, entrenamiento y trabajo, o
- Participar en un plan para recibir beneficios a cambio de trabajo (*workfare*) durante el número de horas que determine el condado.

**PERIODO DE 36 MESES**

- Durante un período de 36 meses, usted solamente puede recibir estampillas para comida por tres meses si cumple con la regla de trabajo para los ABAWD.
- Solamente bajo ciertas condiciones, usted podrá recibir estampillas para comida por otros tres meses sin cumplir con la regla de trabajo para los ABAWD.
- Cuando empieza el período de tres meses, éste no se puede parar hasta que se termine el tiempo o hasta que termine su período de 36 meses.

**PARA ESTAR EXENTO DE LAS REGLAS DE TRABAJO, USTED TIENE QUE**

- Tener menos de 18 años de edad o tener 50 años o más;
- No poder trabajar debido a su situación física o mental;
- Estar cumpliendo las reglas de trabajo de *Welfare to Work* (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo) de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños);
- Estar cuidando a un niño menor de seis años o a una persona lesionada o enferma;
- Estar participando en un programa de tratamiento para el alcohol o drogas y esto no le permite trabajar 30 horas o más por semana;
- Estar recibiendo, o haber solicitado, beneficios del seguro contra desempleo;
- Estar empleado, o tener un empleo por cuenta propia que dura 30 horas por semana o recibe ingresos ganados semanales que son al menos iguales al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas;
- Estar yendo a la escuela al menos medio tiempo;
- Estar embarazada; o
- Estar viviendo en un grupo para fines de estampillas para comida que tiene a un niño menor de edad, aun si el niño no es elegible para estampillas para comida.

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes:

MPP Sección  63-410;  Otra \_\_\_\_\_ .

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria  Estamp. para comida  Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

## OTRA INFORMACION

**Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal:** Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

**Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud:** La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de audiencia:** Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I.]**)

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- **Envíe o lleve esta hoja a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD\* pueden llamar al **1-800-952-8349.**

**Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.**

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

**Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.**

## PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de \_\_\_\_\_ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

**La razón es la siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.**

Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

FIRMA FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO NUMERO DE TELEFONO

**Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)**

NOMBRE NUMERO DE TELEFONO

DIRECCION: CALLE

CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_